**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

1. **Información General.**

|  |  |
| --- | --- |
| Semestre: |  |
| Período y año: |  |
| *Fecha de inicio de las prácticas:* |  |
| *Fecha Finalización de las prácticas:* |  |
| *Nombre de la Institución de práctica:* |  |
| *Asignatura y Nombre de la Rotación:* |  |

1. **Información específica de la práctica o rotación:**
   1. **Nombre de estudiantes en Rotación:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRES** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FINALIZACIÓN** | **SEMESTRE** |
|  |  |  |  |
|  |
|  |

* 1. **Docente:**
  2. **Horario- turnos de la rotación o práctica:**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Objetivos educacionales de la rotación o la práctica:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Sistema de evaluación de las prácticas formativas.**

|  |
| --- |
|  |

Información requerida en físico:

* Plan de Práctica Formativa.

En medio magnético:

* Hoja de vida de Docentes y anexos.
* Hojas de vida de los Estudiantes y anexos.
* Póliza de Responsabilidad Civil.
* Afiliación a Riesgos Laborales.
* Reglamento de Prácticas.
* Formatos:
* Encuesta satisfacción del usuario.
* Encuesta del estudiante.
* Evaluación de la Práctica.
* Plan de delegación Progresiva.

**Otros documentos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agradecemos revisar y tener en cuenta los anteriores documentos, con el fin de atender los requisitos del CODS.

Quedamos atentos a cualquier inquietud.

Para constancia se firma en Manizales a los \_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre) Vº Bº INSTITUCIÓN

Director(a) Programa de Enfermería

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Deyra Liliana Basante B. | Dirección de Aseguramiento de Calidad | Consejo de Rectoría | Agosto del 2017 |

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM** | **MODIFICACIÓN** |
|  |  |